NOTICE

SUR LES

TITRES ET TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur Henri RIEFFEL

Né à Barr (Bas-Rhin), le 1er Mars 1862

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

—

1902

I. — TITRES, FONCTIONS, RÉCOMPENSES

Externe des hôpitaux. (Concours de 1882.)
Interne des hôpitaux. (Concours de 1884.)
Chirurgien des hôpitaux. (Concours de 1896.)

Aide d'anatomie à la Faculté. (Concours de 1887.)
Prosecteur à la Faculté. (Concours de 1889.)
Docteur en médecine. (1890.)
Chef de clinique chirurgicale. (Concours de 1894.)
Chef des travaux anatomiques. (Concours de 1898.)
Agrégé de la Faculté. (Concours de 1901.)

1er prix (*Médaille d'or*) au concours des internes (chirurgie et accouchements), 1889.

Lauréat de l'Assistance publique.

Lauréat de l'Académie de médecine, 1890.

Lauréat de la Faculté de médecine.
Prix de thèses (*Médaille d'argent*), 1890.

Officier d'Académie, 1895.
Secrétaire de la section d'anatomie descriptive au Congrès international de Paris, 1900.

II. — ENSEIGNEMENT

1° Participation à l'enseignement de l'anatomie pendant 2 ans (1887 et 1888) comme aide.

2° Démonstrations d'anatomie et de médecine opératoire à l'École pratique pendant 4 ans (1889 à 1893), comme prosecteur.

3° Direction de la Conférence d'adjuvat, 1889-1890. — Collaboration à la Conférence de prosectorat, dirigée par M. le docteur Lejars, 1890. — Direction de la Conférence de prosectorat, 1891 et 1892.

4° Conférences de séméiologie chirurgicale à l'hôpital Cochin, sous la direction de M. le docteur Schwartz, 1891-1892-1893-1894.

5° Conférences de propédeutique chirurgicale à l'hôpital de la Charité, sous la direction de M. le professeur Tillaux, 1895.

6° Il est de mon devoir d'insister plus longuement sur les fonctions de chef des travaux anatomiques, que la Faculté m'a fait l'honneur de me confier depuis quatre ans. J'ai pensé, comme M. le professeur Farabeuf, que le chef des travaux n'avait pas seulement pour rôle d'enseigner, mais qu'il devait être avant tout organisateur et administrateur, tâche souvent ingrate et toujours difficile.

L'École pratique, on le sait, est tout entière l'œuvre de M. le professeur Farabeuf, qui a vécu pour elle. A force de travail, d'obstination et de persévérants efforts, il est arrivé à nous doter d'une organisation suffisante, mais qui n'est pas, comme il l'a dit lui-même, « ce qu'elle aurait dû, ni même ce qu'elle aurait pu être ». Après mon prédécesseur, M. Poirier, je me suis efforcé de réaliser quelques-unes des améliorations les plus indispensables. Actuellement les prosecteurs sont installés d'une manière convenable, de façon qu'ils puissent travailler dans leur cabinet, y faire quel-

ques recherches, y préparer leurs démonstrations. Dans les pavillons, j'ai fait poser des bocaux et récipients, contenant des liquides antiseptiques, de manière à permettre un lavage un peu sérieux des mains. J'ai pu apporter quelques améliorations dans l'aménagement de la salle de conservation des sujets. Tout cela est bien peu de chose, quand on songe à ce qui reste à faire pour mettre notre École à la hauteur des Instituts anatomiques.

Dès mon entrée en fonction, j'ai indiqué et demandé, à plusieurs reprises, chaque année, les réformes les plus urgentes qui s'imposent : substitution de l'eau de source à l'eau de Seine (qui seule existe à l'École pratique) ; appareils à eau chaude ; modifications des appareils de chauffage ; installation de gaz ou d'électricité dans les pavillons (car à 2 heures et demie en hiver, par les temps couverts, il est impossible de disséquer).

Au point de vue scientifique, nous manquons de tous les moyens modernes d'étude et d'investigation : appareils à congélation, matériel à injections, cuves à conservation. Enfin, me plaçant avant tout au point de vue des élèves qui me sont confiés, j'ai rédigé des rapports très détaillés, avec plans et devis à l'appui, pour demander qu'on installât, dans chaque pavillon, deux choses actuellement indispensables pour enseigner et pour apprendre l'anatomie : d'une part, une galerie afin d'y disposer, comme à Londres, des pièces humides, que l'étudiant puisse manier et au besoin disséquer ; d'autre part, une collection de moulages de muscles, de viscères, de régions, exécutés grandeur nature, tels que j'en ai vu à Liège, à Fribourg, à Leipzig, etc. (1). La Faculté a toujours approuvé les réformes que je lui signalais ; mais, jusqu'à présent, l'Administration supérieure n'a rien pu faire pour nous.

A côté de ces fonctions d'organisateur, le chef des travaux doit

(1) Je rappellerai qu'une Commission de la Faculté m'a chargé, il y a deux ans, de réorganiser le musée Orfila. J'ai consacré plusieurs mois déjà à trier, à classer les pièces anatomiques, à diriger et à surveiller leur remise à neuf. Malheureusement ce travail a dû être arrêté : les fonds manquent... Et cependant la restauration de notre Musée d'anatomie normale est bien urgente.

enseigner. J'ai indiqué, dans une leçon parue dans *la Gazette des hôpitaux* (n° du 10 décembre 1901), comment je comprends l'enseignement de l'anatomie. J'ai fait régulièrement mon cours pendant le semestre d'hiver, traitant, en 4 ans : 1° de l'abdomen ; 2° des organes des sens ; 3° du thorax et de la colonne vertébrale ; 4° du bassin, et j'ai consacré chaque année les quatre dernières leçons du cours à faire des démonstrations de dissection. Les auditeurs ont toujours été très nombreux ; à eux de dire si je leur ai rendu service.

De manière à tenir les élèves en haleine, j'ai pris l'habitude de les interroger tous personnellement dans les pavillons, sans laisser uniquement, comme cela se faisait autrefois, ce soin aux prosecteurs. Il m'a semblé que cette manière de faire avait donné de bons résultats et que les notes trimestrielles, inscrites au dossier des étudiants, indiquaient mieux la valeur exacte des mots : travail et assiduité.

III. — TRAVAUX SCIENTIFIQUES

I. — ANATOMIE

A. — Publications didactiques

1° Article **Appareil génital de la femme (anatomie descriptive, histologie et embryologie)**, in *Traité d'anatomie humaine*, publié sous la direction de MM. Poirier et Charpy, t. V, 417 pages.

Ce chapitre de l'anatomie humaine avait besoin d'être complètement remanié, pour être mis en rapport avec les progrès faits dans le domaine de l'embryologie et avec les besoins de la gynécologie opératoire. Aussi ma description diffère-t-elle complètement, sur bien des points, de celle qu'on peut lire dans nos ouvrages, même les plus récents. Pour mener à bien mon travail, j'ai tenu à rassembler et à lire tous les mémoires, très nombreux, parus depuis une quinzaine d'années sur l'appareil génital de la femme. Mais j'ai voulu faire, en outre, une œuvre critique et personnelle. Aussi me permettra-t-on de revenir plus loin sur quelques points qui ont été l'objet de mes recherches. Je dirai seulement ici qu'adoptant un plan général, j'ai présenté d'abord l'histoire des différents organes (ovaires, trompes, organes parovariens, utérus, vagin, vulve, périnée, mamelles) chez l'adulte. Puis j'ai consacré autant de paragraphes distincts aux modifications que subissent ces organes aux différents âges (fœtus, enfant, vieillesse) et pendant la vie sexuelle de la femme (changements pendant la menstruation et la grossesse).

2° **Manuel d'anatomie descriptive, théorique et pratique**, en collaboration avec M. le professeur MATHIAS DUVAL (sous presse).

3° **Manuel de dissection**, en collaboration avec M. le docteur PROUST, prosecteur (en préparation).

B. — TRAVAUX DE DÉTAIL (1)

Recherches sur la configuration de la glande mammaire.

Les anatomistes décrivent et représentent en général la glande mammaire sous la forme d'un disque irrégulièrement circulaire, nettement limité en dedans, plus vaguement en dehors. Dans les dissections que j'ai faites sur dix femmes, j'ai, au contraire, été frappé des incisures et des prolongements que présente le pourtour de la glande. J'ai *constamment* trouvé le lobe axillaire, si bien décrit par M. le professeur Kirmisson. Une fois sur deux, j'ai rencontré, en outre, un véritable *prolongement sternal*. Ce prolongement se dirige le plus souvent en haut et en dedans, croisant la troisième côte. Il représente une petite languette effilée, difficile à suivre au milieu du tissu graisseux. Dans un cas, il atteignait le sternum.

Depuis, à l'occasion de mon travail sur l'*Anatomie de l'appareil génital de la femme*, j'ai repris cette question. De nouveaux examens m'ont montré l'exactitude des faits que j'ai indiqués en 1890. Merkel, dans son récent ouvrage (*Handb. d. topogr. Anat.*, 1897, t. II, p. 294), figure le contour irrégulier de la glande mammaire. Fantino (*Riforma medica*, 1898, t. II, p. 567) a vérifié et confirmé mes recherches sur les prolongements de cet organe.

(1) In thèse inaugurale, 1890, p. 64 et suiv.

Sur les lymphatiques de la région mammaire (1).

Depuis les travaux de Sappey, on s'accorde à considérer tous les vaisseaux blancs de la région mammaire comme tributaires des ganglions axillaires. Seuls, Cruikshank, Huschke, Hyrtl, Henle et M. Poirier s'élevaient, à l'époque où j'ai fait mes recherches, contre une semblable assertion. Voici les résultats de mes injections.

1° Lymphatiques de la peau du sein. — Ils se rendent exclusivement dans les ganglions axillaires et non, comme le disent certains auteurs allemands, à la fois dans les ganglions axillaires et dans les ganglions sous-claviculaires. *Ces vaisseaux s'anastomosent avec ceux du côté opposé* et, dans un cas, en piquant la peau de la partie interne du sein gauche, le mercure a filé jusque dans les glandes lymphatiques de l'aisselle droite. Cette particularité permet d'expliquer les cas rares, mais bien établis, dans lesquels un carcinome mammaire droit s'accompagne d'adénopathie axillaire gauche.

2° Lymphatiques de la glande mammaire. — Leur injection est très difficile et elle échoue souvent. Cependant, dans trois cas, en opérant sur des glandes mammaires provenant de femmes mortes en couches, j'ai pu observer les particularités suivantes :

En soulevant doucement la mamelle, de manière à apercevoir sa face pectorale et en piquant à ce niveau, j'ai réussi deux fois à injecter des vaisseaux qui étaient bien des lymphatiques, munis de renflements valvulaires et offrant un aspect moniliforme. Ils émergeaient du bord interne de la glande, serpentaient dans le tissu cellulaire, pour prendre ensuite une direction rectiligne et remonter en haut et en dedans. Ils traversaient l'espace intercostal immédiatement à côté du sternum, en accompagnant les vaisseaux perfo-

(1) In thèse inaugurale, 1890, p. 79 et suiv., chap. v.

rants de la mammaire interne. Sur une autre femme, j'ai aperçu quelques vaisseaux qui, de la face postérieure de la glande, se portaient directement dans la profondeur. Aussi, à mon avis, si les lymphatiques de la mamelle vont presque tous aboutir aux glandes de l'aisselle, il en est quelques-uns qui ne sont point tributaires de celles-ci et qui traversent la paroi thoracique, pour se jeter dans les ganglions mammaires internes. Les lymphatiques de la mamelle s'anastomosent avec ceux de la paroi thoracique.

3° Lymphatiques des muscles pectoraux — Suivant Kaeser (thése de Bâle, 1880), il cxiste des lymphatiques allant du muscle pectoral à l'aisselle ; lorsqu'une tumeur carcinomateuse aura atteint le corps charnu, elle pourra sc propager aux ganglions axillaires sans que la peau soit atteinte. Hyrtl veut que les vaisseaux absorbants des muscles pectoraux débouchent dans les ganglions sus et sous-claviculaires.

Je n'ai jamais pu constater les faits avancés par Kaeser et Hyrtl. Ce que j'ai remarqué, ce sont des lymphatiques trés nombreux, rampant au sein de la couche cellulo-adipeuse qui enveloppe le grand pectoral (aponévrose de ce muscle). Dans aucun cas, je n'en ai vu pénétrer au milieu même des faisceaux striés.

En résumé, contrairement à Sappey, d'après lequel tous les lymphatiques de la mamelle se portent d'arrière en avant, vers le plexus sous-auréolaire, et se déversent exclusivement dans les ganglions axillaircs, je suis porté à croire :

1° *Qu'il existe des troncules rampant sur la face postérieure de la glande ;*

2° Quc quelques lymphatiques profonds suivent une direction non postéro-antérieure, mais transversale, et qu'ils s'unissent aux lymphatiques superficiels au niveau de la circonférence de la glande mammaire ;

3° *Que quelques vaisseaux absorbants de cet organe perforent la paroi thoracique poar aboutir aux ganglions mammaires internes.*

Mais le débat n'est pas encore définitivement tranché. Ainsi

Pierre Delbet (in *Traité de chirurgie*, art. « Mamelle », t. V); Merkel (*loc. cit.*) partagent la manière de voir de Sappey. Au contraire Stiles (*Edinb. med. Journ.*, juin et juillet 1892), Testut (*Anat. hum.*, t. III, p. 650), Schäfer et Symington (in *Quain's Elements of Anatomy*, 1896, 10e édit., vol. III, 4e partie, p. 290) adoptent l'opinion à laquelle je me range, après avoir contrôlé et complété les recherches de Hyrtl et de Henle. Gerota, par sa méthode d'injection, a récemment mis en évidence ces lymphatiques perforants (*Arch. f. kl. Chir.*, 1897, t. LIV, p. 281), dont l'existence est également admise par Oelsner (*ibid.* 1901, t. LXI, p. 134). La question me paraît donc résolue.

Sur les ganglions de l'aisselle (1).

Les injections que j'ai pratiquées m'ont démontré l'exactitude de la description des ganglions axillaires, donnée par M. le professeur Kirmisson en 1882, (*Bull. Soc. Anat.*, 27 octobre 1882). J'ai, en outre, constaté les détails suivants :

1° Il existe quelques ganglions profondément enfouis entre la paroi latérale du thorax et la côte de l'omoplate ;

2° Dans certains cas, des lymphatiques, émanés de la région mammaire, décrivent une courbe sous les ganglions axillaires internes, remontent en avant des veines sous-scapulaires et s'abouchent dans les ganglions de la région sous-claviculaire sans s'arrêter dans ceux du creux de l'aisselle. Après moi, Grossmann (*Ueber die Lympfbahnen der Achselhöhle*, Berlin, 1893) a retrouvé une disposition semblable ;

3° Les ganglions du groupe postérieur affectent des rapports très intimes avec les nerfs des muscles grand rond et grand dorsal.

Sans parler des ganglions bien connus qui confinent au lobe

(1) In thèse inaugurale, 1890, p. 89 et suiv.

axillaire de la mamelle, j'ai montré que, dans certains cas, le groupe des ganglions internes de l'aisselle peut subir de curieux déplacements. Je l'ai vu reporté tout entier sur la paroi antéro-latérale du thorax. Dans un fait très instructif que j'ai observé en 1889 (in thèse, p. 91), pendant mon internat chez mon maître, M. le professeur Le Dentu, des ganglions ainsi déplacés (au nombre de quinze environ) et devenus caséeux en imposaient pour un néoplasme de la glande mammaire.

Anatomie et physiologie de la veine saphène interne (1).

J'ai tenu à vérifier les recherches de Klotz, de Trendelenburg et de Giacomini. Deux points sont à signaler :

1° Les rapports de la veine avec le nerf saphène de la jambe. Le nerf forme ordinairement autour du vaisseau un plexus très allongé, d'où nécessité d'une dénudation minutieuse dans la ligature ;

2° Les valvules. Elles sont abondantes sur la portion jambière de la saphène, éloignées l'une de l'autre par une distance moyenne de 3 centimètres. Dans la portion fémorale, on ne rencontre guère que quatre à cinq valvules, parfois seulement trois, mais occupant un siège constant : lac de la saphène, tiers moyen, tiers inférieur de la cuisse.

Note sur la topographie des ganglions du cou (2).

Mon maître et ami, le docteur Walther, chargé d'écrire, pour le *Traité de chirurgie*, l'article *Abcès et phlegmons du cou*, m'a prié de lui rédiger une note succincte sur la topographie des ganglions cervicaux. Voici le résumé de cette note, transcrit sous forme de tableau synoptique :

(1) In thèse Charrade (Paris, 1892). Ligature et résection de la veine saphène interne dans le traitement des varices.
(2) In *Traité de chirurgie* de MM. Duplay et Reclus, t. V, p. 678.

NOM	NOMBRE	SIÈGE	LYMPHATIQUES AFFÉRENTS
		A. — RÉGION POSTÉRIEURE	
G. sous-occipitaux...	2-3	Fossette de la nuque.	L. du vertex, de l'occiput et de la partie postérieure de l'oreille externe.
G. mastoïdiens ou rétro-auriculaires..	2-3	Sur l'origine du sterno-mastoïdien.	
		B. — RÉGION ANTÉRO-LATÉRALE	
I. *G. sus-hyoïdiens.*			
1° Médians ou sous-mentaux.	1-3	Près de la ligne médiane, sur le mylo-hyoïdien.	L. du menton et de la partie moyenne de la lèvre inférieure.
2° Latéraux ou sous-maxillaires.	8-10	Dans la loge sous-maxillaire, la plupart dans l'angle formé par le mylo-hyoïdien et la face interne de l'os maxillaire inférieur.	L. du front, des paupières, du nez, des joues, des lèvres, des gencives inférieures, de la muqueuse buccale, d'une partie de la langue.
II. *G. sous-hyoïdiens.*			
1° Juxtalaryngiens.	1-2	Sur la membrane crico-thyroïdienne.	L. de la partie inférieure du larynx.
2° Prélaryngés.....	1-2	Entre les muscles crico-thyroïdiens.	»
3° Sterno-hyoïdien.	1	Sur la face externe du muscle sterno-cléïdo-hyoïdien.	L. des téguments.
4° Laryngo-pharyngo-œsophagiens.		»	(Groupe spécial des *ganglions rétro-pharyngiens.*)
III. *G. cervicaux supérieurs.*			
1° Superficiels.	∞	Sur le bord antérieur et la face externe du sterno-mast.; le long de la veine jugulaire externe.	L. des gencives supérieures et du palais.
2° Profonds.	∞	Au niveau de la bifurcation carotidienne et autour du tronc thyro-linguo-facial.	L. du cuir chevelu, de l'oreille, de la carotide buccale, de la langue, des amygdales, du pharynx, de la trachée et de l'œsophage.
IV. *G. cervicaux inférieurs ou carotidiens.*	∞	Le long des vaisseaux, surtout en dehors de la jugulaire interne.	L. efférents du groupe précédent et du corps thyroïde.
V. *G. sus-claviculaires.*			
1° Superficiels.	∞	Entre peaucier et sterno-mastoïdien.	L. efférents des ganglions cervicaux supérieurs et superficiels.
2° Profonds.	∞	Sur le plexus brachial et les scalènes; dans l'angle des veines sous-clavière et jugulaire interne.	L. de la peau du cou, de la partie inférieure du larynx, du corps thyroïde; quelques-uns de la trachée, de l'œsophage et de la mamelle.

Le corpuscule rétro-carotidien (ganglion intercarotidien d'Arnold) (1).

L'anatomie du ganglion intercarotidien d'Arnold était encore, il y a quelques années, trés imparfaitement connue.

Tantôt, dans nos livres classiques, on lui accorde une simple mention à propos de la description du sympathique cervical; tantôt, on le trouve signalé en deux endroits du même ouvrage et sous des noms différents.

Glandule carotidienne et ganglion intercarotidien ne constituent donc qu'un seul et même organe, à l'étude encore incompléte duquel j'ai essayé de contribuer par des recherches historiques et par des dissections faites sur 20 sujets.

A mon avis, le nom de ganglion intercarotidien d'Arnold, sous lequel il est connu, est tout à fait impropre. Est-ce un ganglion? Certainement non, d'après les histologistes les plus compétents. Est-ce Arnold qui l'a découvert ou l'a le mieux étudié? Non, ce sont Haller et Andersch qui, les premiers, ont signalé son existence et lui ont donné son nom; ce sont Mayer et Luschka qui en ont présenté les meilleures descriptions.

Est-il inter-carotidien ? Tout le monde le répéte.

Je ne le pense pas. Dans l'immense majorité des cas, il est *rétro-carotidien*, et M. Princeteau (de Bordeaux), dans un récent travail, a adopté ce nom. J'ai vu, en effet, que les deux vaisseaux, par lesquels se termine la carotide primitive, ne s'écartent pas immédiatement l'un de l'autre, mais restent accolés, d'une façon trés intime, par un tissu cellulo-fibreux dense, qui ne s'arrête guére qu'à un centimètre au-dessus de la bifurcation carotidienne. C'est seulement à ce niveau que les carotides secondaires se séparent à angle aigu. L'angle de séparation ou d'écartement de ces deux artéres ne répond donc pas au point de bifurcation de la carotide

(1) Mémoire paru chez G. Steinheil, Paris, 1892.

commune ; il est situé à un centimètre plus haut. Or, le prétendu ganglion d'Arnold ne se trouve pas dans l'angle de séparation des deux vaisseaux, mais derrière le point de bifurcation de la carotide primitive, ou même un peu plus bas, rattaché solidement à cette dernière artère par un ligament fibro-élastique.

A côté de la situation, j'ai essayé de préciser la fréquence, la forme, les dimensions et les connexions du corpuscule rétro-carotidien. Ce renflement est constant, c'est-à-dire que je l'ai rencontré sur tous les sujets examinés : il est tantôt unique, tantôt divisé en 4 ou 5 nodules ; il est enfin plongé dans une coque conjonctive extrêmement épaisse.

Il convient d'ajouter que le corpuscule n'est pas placé en plein plexus intercarotidien, mais au-dessous de lui. Les nerfs qui se jettent sur lui ont les dispositions les plus diverses : tantôt ils émanent du plexus précédent; tantôt ils abordent directement le renflement gangliforme, provenant des sources les plus variées (ganglion cervical supérieur, tronc du sympathique, glosso-pharyngien, pneumogastrique, grand hypoglosse, laryngé supérieur). Mais, seuls, les rameaux venus du sympathique paraissent constants.

Les rapports de l'amygdale avec les vaisseaux carotidiens (1).

Il est presque classique de répéter que l'amygdale est en rapport intime avec la carotide interne et que la *face externe* de cet organe lymphoïde n'est séparée de cette artère que par une distance d'un centimètre environ. Des doutes se sont élevés dans mon esprit à la lecture de quelques mémoires parus en Autriche.

Par des recherches entreprises sur 16 sujets, j'ai essayé de résoudre le problème suivant : quel est le vaisseau ou quels sont les vaisseaux en rapport avec l'amygdale palatine ?

Après avoir montré l'importance qu'il y a, dans l'espèce, à dis-

(1) Mémoire paru chez G. Steinheil, Paris, 1892.

tinguer à l'espace maxillo-pharyngien deux parties, l'une, antérieure, amygdalienne, l'autre, postérieure, vasculo-nerveuse, j'insiste sur ce fait que ces deux parties communiquent par trois fentes ou interstices, disposés ainsi de dedans en dehors :

a) *Interstice interne* ou *stylo-pharyngien*, compris entre le muscle stylo-glosse d'une part, les muscles stylo-pharyngien et constricteur supérieur d'autre part ;

b) *Interstice moyen* ou *interstylien*, placé entre le stylo-glosse et le stylo-hyoïdien ;

c) *Interstice externe* ou *stylo-ptérygoïdien*, séparant le stylo-hyoïdien du ptérygoïdien interne.

Au point de vue des connexions vasculaires de l'amygdale, les dissections et les coupes m'ont conduit à formuler les conclusions suivantes :

1° Les seuls vaisseaux qui, à l'état normal, sont en rapport immédiat avec la face externe de l'amygdale et n'en sont séparés que par l'épaisseur de la paroi pharyngienne (3 à 5 millimètres), sont l'artère palatine ascendante et l'artère tonsillaire. Celle-ci est, moins souvent qu'on ne le pense, une branche de celle-là ; très souvent, elle naît pour son compte de la carotide faciale et se divise généralement à la face externe de la coque fibreuse amygdalienne en trois rameaux. Ceux-ci perforent directement la capsule, qui ne leur fournit aucune enveloppe et n'adhère pas à leur tunique adventice ;

2° Dans des cas anormaux assez fréquents (5 sur 16), la faciale, la carotide externe peuvent n'être éloignées de la face latérale de l'amygdale que par un intervalle d'un centimètre environ. Ces vaisseaux apparaissent alors dans l'un des interstices formés par les muscles qui cloisonnent l'espace maxillo-pharyngien. Pour que la faciale puisse se mettre en connexion intime avec la tonsille, il faut (et c'est là ce que nous avons vu dans trois cas) qu'elle naisse au-dessus de l'angle de la mâchoire ;

3° La carotide interne n'a aucun rapport immédiat avec la face externe de l'amygdale : elle en est séparée par le diaphragme que

forment les muscles stylo-hyoïdien, stylo-glosse et stylo-pharyngien. Même lorsqu'elle décrit une courbure, la carotide cérébrale reste à 17 millimètres environ en arrière et un peu en dehors du bord postérieur de l'amygdale.

Sur la vascularisation artérielle des espaces intercostaux inférieurs (1).

Cette note n'a d'autre but que de compléter les particularités relatives à la disposition des artères des espaces intercostaux. J'appelle l'attention sur ce fait que chaque espace intercostal est pourvu d'un double cercle vasculaire complet, plus ou moins développé, il est vrai, mais toujours aisé à mettre en évidence par les injections à la masse fine de Teichmann. Ce cercle se compose :

1° De l'artère intercostale principale, seule décrite par les auteurs sous le nom d'artère intercostale ;

2° *De l'artère intercostale accessoire*. Cette dernière, toujours très petite, longe le bord supérieur de la côte inférieure et se détache du vaisseau précédent au voisinage de l'angle postérieur des côtes. Elle devient visible dès qu'on a enlevé le muscle intercostal externe.

Ce double cercle vasculaire existe, non seulement pour les artères, mais encore pour les systèmes veineux et lymphatique des espaces intercostaux.

Les dissections que j'ai faites établissent aussi que le nerf intercostal n'est pas toujours satellite de l'artère intercostale principale et qu'il était soumis à de nombreuses variantes dans sa disposition.

Cette étude a été reprise par Souligoux (*Des abcès froids du thorax*, Th. Paris, 1894) ; ses conclusions concordent avec les miennes.

(1) Mémoire paru chez G. Steinheil, Paris, 1892.

Anomalie de l'artère mammaire interne (1).

La pièce qui est représentée ci-contre (fig. 1) figure une artère

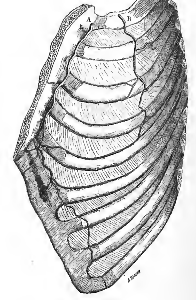


Fig. 1.

(1) In Canniot, *De la résection du bord inférieur du thorax*. Thèse de doctorat, Paris, 1891.

mammaire interne latérale ou accessoire. Dans aucun des autres cas connus (Otto, Tiedemann, Hodges, Hellema), celle-ci n'atteignait le 4e espace intercostal. Dans le mien, que j'ai communiqué à mon ami le docteur Canniot, on la voit, au contraire, descendre jusqu'à ce niveau et fournir des rameaux antérieurs et postérieurs pour chaque espace. L'existence de cette anomalie, assez intéressante à connaître pour le chirurgien, est considérée comme tout à fait exceptionnelle. Je dois dire cependant que, depuis que j'ai rappelé sur elle l'attention, elle a été trouvée dans deux cas par mes amis Souligoux (*loc. cit.*) et Morestin (*Bull. Soc. anat.*, 1894, p. 679), anciens prosecteurs de la Faculté, chirurgiens des hôpitaux.

Sur un point de l'anatomie et de la ligature de l'artère tibiale antérieure (1).

Dans ce travail, j'étudie quelques détails d'anatomie chirurgicale.

1° Je signale le rapport très intime qu'affecte l'artère tibiale antérieure avec le col du péroné et les conséquences pratiques de ce rapport. Ce point n'est mentionné dans aucune de nos anatomies topographiques, sauf dans le *Traité de l'hémostasie*, de Marcellin Duval.

2° Il est inexact de dire que l'artère franchit le large trou, dont est percée l'extrémité supérieure de la membrane interosseuse. *Un semblable orifice n'existe pas ;* la membrane ne commence qu'au-dessous de l'artère.

3° J'ai montré que l'artère peut, dans la moitié supérieure de son parcours, être recouverte d'une lamelle fibreuse capable de dérouter dans les exercices de médecine opératoire.

Cette lamelle a parfois un aspect tel qu'elle ressemble, à s'y méprendre, au ligament interosseux. Seul Hyrtl la mentionne et la considère comme un dédoublement de celui-ci. Je pense, au con-

(1) *Union médicale*, 20 septembre 1894.

traire, en m'appuyant sur les résultats de la dissection et sur la situation du nerf tibial antérieur, qu'elle doit être regardée comme un prolongement de l'aponévrose d'enveloppe du muscle poplité, prolongement qui, avec de la graisse, passe du creux du jarret sur la face antéro-externe de la jambe.

La disposition et le calibre des veines sus-hépatiques (1).

Les veines sus-hépatiques s'abouchent dans la veine cave inférieure, depuis le point où ce tronc vasculaire aborde le foie jusqu'à sa traversée diaphragmatique.

On doit, avec Theile, les diviser, d'après leur volume et leur point d'abouchement, en trois catégories :

1° Les *petites* veines sus-hépatiques, en nombre très variable, de quinze à trente en moyenne, d'un diamètre de un demi-millimètre environ, ne sont pas libres. Elles sont entourées de toutes parts par le parenchyme glandulaire ; leur embouchure ne devient visible, sous l'aspect de trous punctiformes, que lorsqu'on a fendu la veine cave ;

2° Les *moyennes* veines sus-hépatiques, au nombre de cinq à huit, ont un calibre qui n'excède pas 6 à 8 millimètres de diamètre. Elles se jettent dans la partie de la veine cave qui est en contact direct avec le foie et sont visibles à la face inférieure de celui-ci sur une longueur maxima de 5 millimètres ;

3° Pour les *grosses* veines sus-hépatiques, que j'ai injectées et disséquées sur dix cadavres, voici ce que j'ai constaté : *sept fois sur dix*, j'ai vu deux veines sus-hépatiques se jetant, immédiatement au-dessous du diaphragme, à angle aigu dans la veine cave. On peut les distinguer en droite et gauche.

a) *La veine sus-hépatique droite*, libre sur une étendue de 1 cen-

(1) Note lue à la Société médicale des hôpitaux, par Hanot, le 24 mai 1895. *Bullet.*, p. 427.

timètre environ, apparaît à l'extrémité droite et supérieure du sillon de la veine cave. Son calibre oscille entre 12 et 21 millimètres. On peut évaluer son *diamètre moyen à 15 ou 16 millimètres.* Cette veine amène le sang de tout le lobe droit du foie.

b) *La veine sus-hépatique gauche*, libre sur une étendue de 5 à 10 millimètres, passe derrière le lobe de Spigel; elle se jette un peu moins haut que la droite. A son embouchure, elle a *un calibre moyen de 13 millimètres.* Dans les 7 cas dont je parle, cette veine était divisée en deux troncs, dont l'un est la veine sus-hépatique gauche proprement dite, amenant le sang du lobe gauche, l'autre la veine *sus-hépatique moyenne*, recevant celui du lobe carré et du lobe de Spigel.

La veine cave, immédiatement sous le diaphragme, a un diamètre variant entre 31 et 35 millimètres.

En examinant comparativement la surface de sa section et celle des veines sus-hépatiques, on peut donc dire qu'il n'y a aucun rapport précis à établir. Cependant, d'après les calculs que j'ai faits, il m'a semblé que la *surface de section des veines sus-hépatiques est ordinairement un peu supérieure à celle de la veine cave inférieure.*

Je n'insiste pas sur l'importance physiologique et pathologique de cette disposition des veines sus-hépatiques. Mon regretté et inoubliable maître Hanot l'a bien fait ressortir (Voir aussi Parmentier: *Titres et Publications scientifiques,* Paris, 1898. Foie cardiaque et asystolie hépatique, p. 6).

Anatomie de la rate (1).

A l'occasion de mon cours pendant le semestre d'hiver 1898-99, j'ai repris complètement l'étude de la rate d'après 35 sujets adultes et 30 fœtus. La plupart de ces recherches sont consignées dans la

(1) In Constantinesco, Thèse de Paris, 1899.

thèse de mon élève Constantinesco. Je n'indique ici que les points les plus spéciaux.

1° On doit décrire à la rate, contrairement à l'opinion courante, *trois* faces et *trois* bords, la face interne étant divisée en deux faces

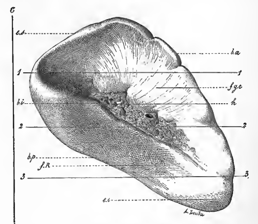


Fig. 2. — *La forme la plus commune de la rate.*

Cette rate est dessinée d'après nature avec son inclinaison normale par rapport à la colonne vertébrale C ; mais elle a subi un mouvement de rotation sur un grand axe de façon à rendre apparente la face rénale (*f. R.*), qui regarde normalement un peu en arrière ; — *f. g. c.*, face gastro-colique. Les lignes 1, 2, 3 correspondent à des coupes de la loge splénique, figurées dans la thèse de Constantinesco.

distinctes : face gastrique et face rénale. Cette distinction est justifiée par l'existence, sur cette face, d'un bord toujours très marqué, qu'il ne faut pas confondre avec le hile de l'organe (fig. 2).

2° La situation topographique de la rate, telle que je l'ai trouvée, diffère également un peu de celle qui est classique. Ce

viscère est profondément logé dans la partie la plus élevée et la plus reculée de l'hypocondre gauche, et il importe particulière-

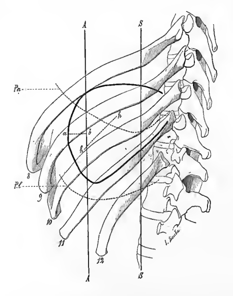


Fig. 3. — *Situation de la rate par rapport à la paroi costale.*

SS, ligne scapulaire ; — AA, ligne axillaire moyenne ; — Pn, trajet du bord inférieur du poumon ; — Pl, trajet de la plèvre ; — hh, ligne de projection du hile de la rate.

ment de remarquer qu'il s'étend, par rapport à la paroi thoraco-abdominale et sur la ligne axillaire, *de la* 11e *jusqu'à la* 8e *côte, qu'il atteint constamment* (fig. 3).

3° La description du péritoine, qui entoure la rate et forme ses ligaments, doit être modifiée et complétée de la façon suivante :

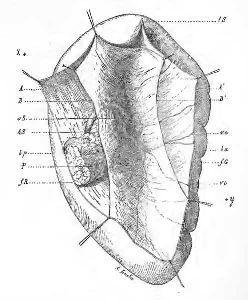


Fig. 4. — *Face interne de la rate avec les ligaments qui s'y insèrent.*

AA', feuillet séreux qui se continue avec le péritoine viscéral de la rate; — BB', feuillet de l'arrière-cavité des épiploons ; — lS, ligament suspenseur.

a) La rate possède une enveloppe péritonéale complète, sauf au niveau de son hile.

b) Les ligaments normaux de la rate ont tous la même origine

embryologique, et sous ces noms ne doivent être compris que les ligaments gastro-splénique, pancréatico-splénique, phréno-splénique et colo-splénique.

c) Tous les autres ligaments n'ont rien à voir avec le développement du péritoine fœtal ; ce sont des ligaments anormaux ou secondaires.

d) Au point de vue de la fixation de la rate, le *rôle essentiel revient, d'une part, au ligament pancréatico-splénique, d'autre part, à la disposition particulière et aux rapports intimes que ce viscère affecte avec le rein gauche.*

Sur la bourse séreuse du muscle psoas iliaque (1).

Cette bourse séreuse, en raison de son intérêt pathologique, méritait une étude détaillée que j'ai essayé de faire d'après plusieurs dissections et injections. Les points plus spéciaux, qui m'ont paru passés sous silence, ont trait à ses rapports et à son développement. J'ai vu notamment que le bord interne de cette bourse de glissement déborde légèrement le bord correspondant du muscle psoas, pour entrer en relation avec le nerf crural et les vaisseaux fémoraux. De ce côté, la bourse est à l'aise pour se distendre et pousse souvent un diverticule, qui se prolonge en dedans sur la face antérieure du muscle obturateur externe et vers le trou ischio-pubien.

Chez le nouveau-né, la bourse séreuse n'existe pas ; comme beaucoup d'organes semblables, elle se développe avec l'âge sous l'influence des glissements, et son existence paraît constante à partir de la 8e ou 10e année. Il m'a semblé aussi que sa communication avec la synoviale articulaire coxo-fémorale, rare chez l'enfant, devenait plus fréquente avec l'âge. Je ne puis admettre. avec quelques anatomistes, que cette bourse se développe par

(1) In Durville, *Hygroma de la bourse séreuse du psoas* Thèse de Paris, 1895.

fusion de trois bourses séreuses séparées et qu'elle communique souvent avec la bourse du tendon du psoas. Je n'ai jamais trouvé, même dans le jeune âge, qu'une seule bourse sous-iliaque, toujours indépendante d'un petit organe séreux intermédiaire au tendon du psoas et au petit trochanter.

Situation, direction et fixation de l'ovaire (1).

On rencontre dans les auteurs des notions contradictoires touchant la topographie de l'ovaire. L'époque n'est pas encore éloignée où les classiques, Cruveilhier, Sappey, Henle, Luschka, pensaient qu'il était transversalement placé dans l'excavation pelvienne. J'ai repris et complété les recherches de His, Ranney, Gegenbaur, Waldeyer, Vallin, Cunningham.

Actuellement, on doit admettre que : chez la vierge et la multipare, lorsque l'utérus présente son antéflexion et son antéversion normales, qu'il est exactement médian, qu'on suppose le sujet en position anatomique, le grand axe de l'ovaire est sensiblement vertical. Quand la matrice est en position paramédiane, l'ovaire, situé du côté vers lequel s'incline le fond d'un utérus en antécourbure normale, conserve sa direction primitive le long de la paroi latérale du bassin ; du côté opposé, il tend, au contraire, à devenir oblique en bas, en avant et en dedans et à se rapprocher du plancher pelvien (fig. 5).

L'ovaire n'est pas libre dans l'excavation pelvienne ; le doigt, qui le cherche au cours d'une laparotomie, le trouve appliqué contre la paroi latérale de cette cavité, dans une dépression péritonéale, dite fosse ovarienne, dont les limites, représentées par des cordons vasculo-nerveux, sont figurées ici (fig. 6) d'après l'une de mes dissections. J'ai insisté sur les variations de cette fosse et indiqué qu'elle ne

(1) In *Appareil génital de la femme*, monographie du *Traité d'anatomie humaine*, t. V, p. 313 à 329.

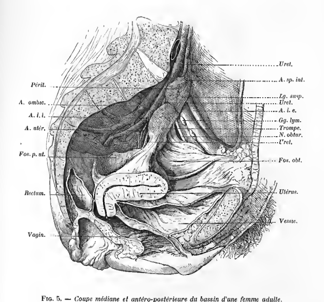


Fig. 5. — *Coupe médiane et antéro-postérieure du bassin d'une femme adulte.*

L'utérus est abaissé et très rapproché du coccyx. L'anus est ouvert, le vagin béant, la vessie très étalée, en raison du relâchement et de l'affaissement cadavériques du périnée. Le péritoine est enlevé en avant et en arrière du ligament suspenseur de l'ovaire, pour montrer les organes sous-jacents. L'ovaire est en place.

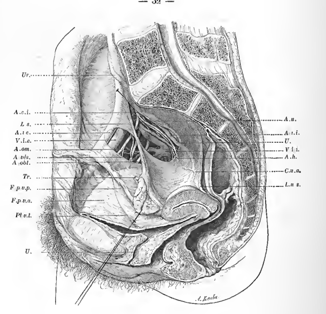


Fig. 6. — *Coupe médio-sagittale du bassin d'une jeune femme.*

Le péritoine est enlevé pour montrer la disposition des organes en avant (fosse obturatrice) et en arrière (fosse ovarienne) du ligament suspenseur de l'ovaire (*L. s.*). L'ovaire a été extrait de sa fosse, renversé et attiré fortement en bas. La trompe a été coupée et le pavillon retranché. La vessie est manifestement altérée et considérablement hypertrophiée. Sur elle on distingue le pli vésical transverse de Waldeyer (*Pl. v. t.*), divisant la fosse paravésicale en antérieure (*F. p. v. a.*) et postérieure (*F. p. v. p.*).

La figure ne renseigne nullement sur la situation et la direction du conduit utéro-vaginal. Le point *C. u. a.* marque l'entrecroisement de l'uretère et de l'artère utérine. On voit le nerf obturateur descendant au-dessous de l'artère vésicale supéro latérale (*A. vés.*). J'ai disséqué cette pièce, en ayant soin de conserver aux organes leurs connexions réciproques. On reconnaît ainsi les rapports qu'affecte la face externe ou pariétale de l'ovaire. L'uretère seul, au point où il est marqué par la lettre *U*, a été un peu relevé en arrière. Il n'est donc pas, comme le représente la figure, en arrière, mais en dedans de l'artère utérine.

jouait aucun rôle dans la fixation de l'ovaire. Le maintien en place de cet organe ne dépend nullement des quatre ligaments qu'on lui décrit, mais uniquement du mésovarium et surtout du ligament infundibulo-pelvien ou ligament suspenseur de l'ovaire.

Position, fixation et suspension de l'utérus (1).

Je ne sais si je m'abuse, mais je crois avoir présenté d'une façon absolument nouvelle le difficile problème de la statique et de la topographie de l'utérus.

Pour apprécier la direction et la situation précises de la matrice, il faut les étudier en se plaçant dans des conditions identiques, ne pas oublier que cet organe, en contact en haut avec des anses grêles, se continuant en bas avec le vagin et le périnée, est interposé à deux viscères creux, dont la capacité est soumise à d'incessantes variations. Il convient aussi de tenir compte de l'influence de la pesanteur, de la respiration et de la pression intra-abdominale, de la configuration du bassin, etc. Il faut enfin bien spécifier si l'utérus qu'on étudie est celui d'un cadavre ou d'une femme vivante, d'une vierge ou d'une multipare.

En pesant toutes ces considérations, deux propositions sont, à mon avis, capitales à retenir. Ces propositions sont les suivantes :

1° L'utérus est un organe éminemment mobile, dans des limites déterminées. Toute diminution, toute suppression ou, au contraire, toute exagération de cette mobilité physiologique est un fait morbide;

2° Il n'y a pas une, mais des positions normales de l'utérus, et, parmi ces positions, il faut distinguer la position primaire ou primitive et les positions secondaires. La première est celle qu'occupe la matrice chez la femme vivante, vierge ou pare, considérée dans la station debout, le bassin ayant son inclinaison et ses dimensions

(1) Monographie citée, p. 415 à 454.

normales, le plancher pelvien, sa configuration et sa résistance physiologiques, cnfin la vessie et le rcctum étant vides ou à peu prés. Les positions secondaires sont toutes celles que peut prendre l'utérus sans être gêné dans son fonctionncment et sans entraver celui des organes voisins.

Comment la matrice est-elle suspenduc dans le pctit bassin ? Dans

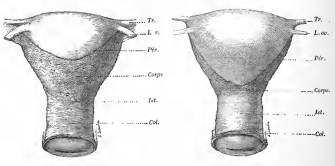


Fig. 7 et 8. — *Zones d'adhérences du péritoine avec les faces antérieure (fig. 7) et postérieure (fig. 8) de l'utérus.*

On doit à cet égard distinguer 3 zones : l'inférieure, où le décollement s'opère pour ainsi dire tout seul ; la moyenne (indiquée sur les figures par un travail irrégulier et grenu), où il est plus difficile, mais encore réalisable ; la supérieure, enfin, où il est tout à fait impossible. On voit que l'union des zones moyenne et supérieure ne s'opère pas à la même hauteur sur les faces vésicale et intestinale de l'utérus. Ces notions sont importantes au point de vue de la fixité et de la mobilité de cet organe. Par exemple, quand l'utérus s'incline en avant, il le fait en raison des adhérences indissolubles du péritoine utérin et vésical ; il est inutile de faire intervenir, avec Pierre Delbet et Pichevin, une action des ligaments ronds.

notre ouvrage d'anatomie le plus récent, la formule est trés simple : « L'utérus est maintenu en place par six ligaments, larges, ronds et utéro-sacrés. » J'ai montré, en m'appuyant sur des données anatomiques, physiologiques et pathologiques, que les prétendus ligaments ne sont nullement des moyens de fixité. La suspension de l'utérus se fait essentiellemcnt au niveau du col ; le corps, infini-

ment plus mobile, n'est maintenu en place que d'une manière

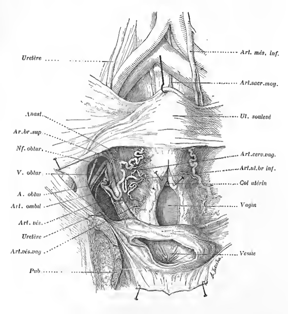


Fig. 9. — *Artère utérine. Ses rapports avec l'uretère.*

L'utérus ayant été fortement soulevé, cette figure ne renseigna nullement sur les connexions exactes de l'artère et du conduit urinaire avec le col. La veine obturatrice a été très fortement relevée; elle est donc figurée au-dessus de l'artère, tandis qu'en réalité elle est au-dessous.

passive. Les ligaments représentent avant tout des mésos périto-

néaux, renfermant des vaisseaux et des fibres musculaires lisses et formant un moyen de fixité bien moins pour la matrice que pour ses annexes. Ce qui est important à considérer dans l'espèce, ce sont les connexions de l'utérus avec le vagin, avec le péritoine (fig. 7 et 8), avec le rectum et la vessie, avec le périnée, enfin avec le tissu

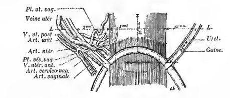


Fig. 10. — *Schéma des rapports de l'uretère avec le col et les vaisseaux utérins.*

cellulaire sous-péritonéal, qui est différencié d'une façon très particulière dans l'excavation pelvienne.

Je me suis également attaché à décrire et à figurer avec soin les rapports de l'artère utérine, de l'uretère et du col utérin (fig. 9 et 10).

Anomalies de l'utérus (1).

Les anomalies utérines, sur la terminologie précise desquelles règne une grande confusion, ont été diversement classées, suivant qu'on tient compte de leur configuration ou du moment de leur production. J'ai proposé une nouvelle classification, qui a été adoptée et suivie par M. Schwartz dans son article du *Traité de chirurgie clinique et opératoire* (t. X, 1re partie, p. 602). Je distingue les vices de conformation suivants :

(1) Monographie citée, p. 495.

I. Anomalies par défaut { Absence totale, réelle. Absence apparente ou utérus rudimentaire.

II. Anomalies de nombre, dans lesquelles rentre l'utérus didelphe.

III. Anomalies de forme et de cloisonnement.

1° Utérus bicornes :
- a) Double ;
- b) Unicervical ;
- c) Arqué.

2° Utérus biloculaires :
- a) Total ou bipartite ;
- b) Corporéal ou cervico-corporéal ;
- c) Unicervical ;
- d) Cervical ;
- e) Avec duplicité de l'orifice externe du col ;
- f) Cordiforme ;

3° Utérus unicornes :
- a) Avec corne rudimentaire de l'autre côté ;
- b) Sans corne rudimentaire de l'autre côté.

IV. Anomalies du canal utérin (imperforation, etc.).

V. Anomalies de volume.

1° Atrophies utérines :
- a) Primitives ;
- b) Évolutives (Pozzi) ;
  - α) Utérus fœtal ;
  - β) Utérus infantile ;
  - γ) Utérus pubescent.

2° Hypertrophies utérines.

IV. Anomalies topographiques (positions vicieuses et hernies congénitales).

Organes intertubo-ovariens (1).

Les organes parovariens, qu'on doit, en raison de leur situation nommer intertubo-ovariens, n'ont point fait jusqu'à présent l'objet d'une description d'ensemble. J'ai tenté de combler cette lacune en présentant successivement l'histoire : 1° de l'epoophoron ; 2° du paroophoron ; 3° du canal tubo-parovarien (presque inconnu) ; 4° du canal de Malpighi-Gartner. J'ai cherché surtout à préciser l'homologie de ces organes et leur structure, en insistant sur le rôle pathologique qu'ils jouent (kystes, adéno-myomes, etc.).

Appendices pédiculés paratubaires (2).

Ces appendices sont décrits par les auteurs sous le nom d'hydatides de Morgagni et rattachés à tort aux organes parovariens. Ils sont encore très mal connus. J'ai essayé de donner de cette question un aperçu aussi clair que possible, en montrant qu'il faut les diviser en deux classes :

a) Les hydatides pédiculées vraies ou de Morgagni. Ces hydatides, qui s'insèrent sur l'une des franges du pavillon tubaire, sont considérées comme fréquentes par la plupart des auteurs. Elles sont, au contraire, très rares et manquent chez presque tous les sujets ;

b) Les appendices pédiculés du ligament large. Ce sont les seuls qui existent d'une façon incontestable ; ils s'implantent sur le mésosalpinx, dans la région intermédiaire au pavillon de l'oviducte et au pôle supérieur de l'ovaire.

(1) Monographie citée, p. 374 à 383.
(2) *Loc. cit.*, p. 405.

Artères du vagin (1).

J'ai donné des artères du vagin une description qui diffère un peu de celle qui est courante, mais qui répond à ce que j'ai trouvé le plus souvent sur les pièces que j'ai disséquées. On doit distinguer :

1° Les *artères vaginales supérieures*, venant de l'utérine et spécialement de la branche cervico-vaginale ;

2° Les *artères vaginales moyennes*, émanant de l'artère vaginale proprement dite, ou mieux vésico-vaginale. Celle-ci est rarement une branche directe de l'hypogastrique ; plus souvent elle part de l'hémorroïdale moyenne, de l'utérine, de la honteuse interne ou même de l'obturatrice ;

3° Les *artères vaginales inférieures*, se détachant la plupart de l'hémorroïdale moyenne, quelques-unes seulement de la honteuse interne.

Aponévrose pelvienne (2).

Le périnée de la femme (muscles et aponévroses) méritait une étude plus en rapport avec les données actuelles de l'embryologie et de l'anatomie comparée. En m'inspirant des recherches de Holl, Kollmann, etc., je l'ai tentée en décrivant successivement les muscles dérivés des muscles moteurs de la queue des mammifères, puis ceux qui proviennent du sphincter primitif du cloaque, enfin les muscles lisses périnéo-pelviens. J'ai supprimé les noms muscles de Guthrie et de Wilson, qui ne répondent à aucune formation précise. J'ai cherché à donner un aperçu clair de ce protée anatomique

(1) *Loc. cit.*, p. 544.
(2) *Loc. cit.*, p. 660 à 669.

qu'on nomme l'aponévrose pelvienne, et je crois avoir montré que le *fascia endo-pelvien*, la portion viscérale du *fascia pelvis*, n'est en réalité qu'une lame cellulo-fibreuse qu'on nomme aponévrose, uniquement en raison de ses caractères physiques. Mais elle n'a rien

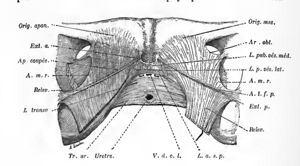


FIG. 11. — *Face interne de la paroi pelvienne antérieure.*

Les deux *arcus tendineus* du releveur (*a. m. r.*) et de l'aponévrose pelvienne (*a. t. f. p.*) Tandis que l'*arcus tendineus fasciæ pelvis* est toujours bien marqué, l'*arcus tendineus musculi levatoris* varie beaucoup dans sa disposition, non seulement d'un sujet à l'autre, mais d'un côté à l'autre sur le même sujet. Il s'abaisse plus ou moins profondément; souvent il est croisé par l'*arcus fasciæ*. En tout cas, ce dernier n'a rien à voir avec les origines du releveur ; on le voit bien à droite, où l'on peut suivre les fibres musculaires, devenues tendineuses, bien au-dessus de lui ; elles ne s'attachent guère qu'aux extrémités de l'*arcus fasciæ*.

à voir avec les aponévroses proprement dites du périnée. C'est du tissu cellulaire sous-péritonéal condensé et différencié, qui s'appelle d'avant en arrière ligaments pubo-vésicaux, aponévrose ombilico-vésicale, gaine hypogastrique, aponévrose recto-sacro-génitale.

Enfin il règne une confusion très regrettable dans la description actuelle des *arcs tendineux*. Après His, j'ai essayé de montrer qu'ils sont au nombre de deux : la figure ci-jointe, dessinée d'après l'une de mes dissections, les indique et les explique suffisamment (fig. 11).

C. — TRAVAUX FAITS DANS MON LABORATOIRE

Je mentionnerai particulièrement :

1° Les belles recherches, faites par MM. Reynier et Glover, sur l'anatomie de l'oreille moyenne ; (Ce travail doit paraître prochainement.)

2° Les expériences de M. Ménard sur la réduction de fractures sur le cadavre à l'aide d'un appareil à traction continue et des rayons de Röntgen (in *Revue d'Orthopédie*, 1er janvier 1902, p. 5) ;

3° Le travail de M. Stanculéanu (Thèse de Paris, 1902) sur les rapports anatomiques et pathologiques entre les sinus de la face et l'appareil orbito-oculaire ;

4° La thèse de Constantinesco sur l'anatomie de la rate (Thèse de Paris, 1899) ;

5° La thèse de Devez sur l'énucléation du grand cunéiforme (Thèse de Paris, 1899) ;

6° J'ai communiqué au docteur Barbarin, pour son excellent travail (*Complications mastoïdiennes et intra-crâniennes des otites moyennes suppurées chroniques* (Thèse Paris, 1902), mes notes et coupes relatives à un point particulier de l'anatomie de la région mastoïdienne. Ce point, que j'ai étudié dans mon cours du semestre d'hiver 1899-1900, concerne la lame de Schwartze-Eysell, qui subdivise les cellules mastoïdiennes et qui est un vestige de la séparation primitive entre les portions squameuse et pierreuse de l'os temporal.

II. — CHIRURGIE

A. — Publications didactiques

1° Article **Fractures**. (In *Traité de chirurgie clinique et opératoire*, publié chez J.-B. Baillière, sous la direction de MM. Le Dentu et Pierre Delbet, t. II, 508 pages.)

Depuis une trentaine d'années, aucune étude d'ensemble n'avait paru sur les fractures. J'ai essayé, dans la mesure de mes forces, d'exposer l'état actuel de la science sur ce sujet. L'accueil favorable que le public médical, tant en France qu'à l'étranger, a bien voulu faire à ce travail, m'a récompensé de mes efforts.

Je ne me suis pas contenté de répéter ce que mes devanciers avaient écrit sur les fractures en général, sur celles du membre supérieur, sur celles du bassin et des membres inférieurs. J'ai tenté de faire œuvre de critique, d'appliquer à mon sujet les modifications et les classifications imposées par les progrès incessants de la science. Je me permets de signaler les chapitres sur l'évolution anatomique et clinique des fractures fermées et des fractures ouvertes, sur le décollement traumatique des épiphyses, sur les complications des fractures. J'ai essayé de mettre au point l'histoire des fractures non consolidées et, pour la première fois, je crois, on trouve dans mon travail la description bien scindée des retards de consolidation et des pseudarthroses.

Dans la pathologie spéciale, j'ai annexé, à chaque chapitre, un paragraphe particulier, traitant des pseudarthroses et des cals vicieux de chaque os.

2° Article **Affections congénitales de la région sacro-coccygienne.** (In *Traité de chirurgie*, t. VII, 2e édit., 50 pages.)

Cet article comprend la description : 1° des dépressions et fistules congénitales coccygiennes et para-coccygiennes ; 2° des tumeurs dites congénitales du siège. Cette question, l'une des plus obscures de la pathologie, m'a paru très difficile à écrire, en raison du défaut de toute classification scientifiquement établie.

Aprés avoir signalé les caractéres anatomiques généraux et spéciaux des tumeurs sacro-coccygiennes, je me suis rallié à la division suivante :

1° Spina-bifida sacré (kystiques simple et compliqué, occulta) ;

2° Tumeurs dues à une anomalie du développement local :

a) Formations caudales et appendices caudiformes ;

b) Kystes dermoïdes ;

c) Tératomes mono-germinaux ;

3° Tératomes bigerminaux et inclusions fœtales ;

4° Tumeurs difficiles ou impossibles à classer.

(Cet article renferme une note très intéressante de MM. Cunéo et Veau sur la glande coccygienne.)

3° Article **Maladies de l'anus et du rectum.** (In *Traité de chirurgie*, publié chez Masson, sous la direction de MM. Duplay et Reclus, t. VI, 2e édit. En collaboration avec J.-L. Faure.)

J'ai été spécialement chargé de rédiger les chapitres suivants :

Lésions cutanées de l'anus ;

Les rectites et leurs variétés ;

Les ulcérations de l'anus et du rectum ;

Les rétrécissements du rectum ;

Les vices de conformation de l'anus et du rectum.

B. — Travaux de détail

De quelques points relatifs aux récidives et aux généralisations des cancers du sein chez la femme (1).

Dans ma thèse, écrite sous l'inspiration de mon éminent maitre, M. le professeur Tillaux, je n'ai pas eu pour but de présenter un exposé complet des récidives et de la généralisation dans le cancer mammaire, mais d'attirer l'attention sur quelques points particuliers. Ce travail est basé sur l'étude critique de 777 observations, dont 12 personnelles, avec examen histologique, non seulement de la tumeur primitive, mais des noyaux d'une ou plusieurs récidives. J'ai montré qu'il est actuellement indispensable que toute histoire clinique, destinée à servir à l'étude scientifique des repullulations du cancer, soit accompagnée d'un examen microscopique complet du néoplasme.

Dans la première partie de mon travail sont décrites, d'après des chiffres plus imposants que ceux de mes prédécesseurs, la fréquence générale des récidives, l'époque de leur apparition, les variations qu'impriment à la rapidité de la repullulation l'âge des malades, le siège topographique et la nature histologique du néoplasme. Mes recherches, à ces points de vue, ne m'ont conduit à aucun résultat nouveau et ne font que confirmer les opinions classiques. Aussi n'y a-t-il pas lieu d'insister.

Il n'en est pas de même pour la seconde partie de ma thèse, dans laquelle je me suis appliqué à envisager en détail les récidives locales, à mettre en lumière quelques particularités relatives à l'infection ganglionnaire et à la généralisation.

I. — Récidives locales. — Au point de vue de leurs sièges, ces

(1) Thèse inaugurale, Paris, 27 février 1890.

récidives locales doivent être classées en plusieurs catégories, pouvant d'ailleurs être associées :

1° Récidives qui se font dans la peau ; les nodules qui les constituent sont rarement intra, presque toujours péricicatriciels ;

2° Récidives sous-cutanées, mobiles sous la peau et sur les parties sous-jacentes ;

3° Récidives profondes, primitivement adhérentes au grand pectoral. Ce sont les seules admises par Heidenhain ; mais les faits prouvent que les récidives primitivement mobiles sur les tissus prémusculaires ne sauraient être rejetées.

La pathogénie des récidives tardives échappe encore totalement. Quant à celles qui surviennent dans la région du sein opéré, au cours des deux ou trois premières années après l'intervention, elles sont imputables :

1° A une ablation imparfaite de la glande mammaire ;

2° Si la totalité du sein a été enlevée, à une extension, encore inappréciable macroscopiquement, du carcinome qui déjà a franchi les limites du parenchyme glandulaire;

3° A des greffes faites pendant l'opération.

II. — Récidives ganglionnaires. — Je me suis proposé de les envisager surtout dans leurs rapports avec le curage préventif et le curage thérapeutique ou forcé de l'aisselle et de démontrer la valeur diverse de ces deux ordres de curage, au point de vue des guérisons dites définitives du carcinome mammaire. J'ai été amené à étudier les envahissements anormaux (comme siège) des ganglions par les éléments néoplasiques et j'ai pu rassembler quelques faits intéressants, dans lesquels on voit l'infection des glandes lymphatiques se limiter à l'aisselle du côté opposé, au creux sous-claviculaire, au médiastin antérieur. L'anatomie rend compte de ces particularités.

III. — Généralisation. — Je me suis attaché à étudier le rôle de la voie sanguine et celui de la voie lymphatique dans la dissé-

mination des éléments carcinomateux, et à montrer que l'absence de tout retentissement vers l'aisselle n'est en aucune façon une garantie contre l'existence de dépôts secondaires dans les viscères. En outre, j'ai attiré l'attention sur quelques particularités remarquables, relatives à l'infection du poumon et du foie.

La glande hépatique est plus souvent atteinte que l'appareil pulmonaire, et nous croyons avoir pu démontrer que le processus de généralisation (noyaux métastatiques) n'est pas suffisant à lui seul pour rendre compte de cette fréquence. Il faut admettre, en outre, une propagation directe, se faisant soit de proche en proche par envahissement du tissu conjonctif, soit par la voie des lymphatiques mammaires, qui communiquent avec ceux de la face convexe du foie (embolies rétrogrades).

Mécanisme des luxations sus-acromiales de la clavicule. Leur traitement par la suture osseuse. En collaboration avec M. Poirier (1).

D'après mes expériences cadavériques, nous serions assez disposés à admettre qu'un traumatisme, s'exerçant obliquement et à pic sur la saillie acromiale, constitue la cause la plus favorable à la production des déplacements en haut de l'extrémité distale de la clavicule. Au point de vue du mécanisme et des lésions anatomiques, nous avons pu montrer, en nous appuyant sur les biopsies, que les ligaments acromio-claviculaires sont toujours, le faisceau trapézoïde quelquefois, intéressés dans la luxation incomplète, mais *que la rupture totale du ligament conoïde est indispensable pour permettre la production d'une luxation complète*.

Quant à la difficulté du maintien de la réduction, elle est due, suivant nous :

1° Dans la luxation incomplète, à l'obliquité des surfaces articu-

(1) *Archives générales de médecine*, avril 1891. p. 396.

laires, obliquité en vertu de laquelle la clavicule repose simplement sur l'acromion ;

2° Dans la luxation complète, à l'obliquité précédente et à l'abaissement de l'acromion. Il y a lieu, ainsi que nous essayons de l'établir, d'insister, plus qu'on ne l'a fait jusqu'ici, sur le rôle joué par les déplacements du scapulum dans la production de la déformation.

Après un exposé critique des méthodes de traitement applicables aux luxations sus-acromiales de la clavicule, nous concluons en faveur de la suture osseuse. Elle a tous les avantages des appareils, elle n'a aucun de leurs inconvénients ; elle leur est supérieure, parce qu'elle ne provoque aucun accident douloureux, qu'elle nécessite une immobilisation moins rigoureuse et expose moins aux raideurs articulaires. Aussi ne faut-il pas seulement la considérer, avec Paci et Cooper, comme une dernière ressource dans les déplacements invétérés ou remontant à trois semaines, mais y recourir d'emblée dans les luxations récentes, reconnues incoercibles au bout de quarante-huit heures, ou ne restant réduites qu'au prix de vives douleurs.

Nous ferons remarquer que nous avons été les premiers à pratiquer cette suture dans les cas de luxation récente, quarante-huit et soixante-douze heures après la production de l'accident.

De l'arthrodèse tibio-tarsienne dans les pieds bots paralytiques.
En collaboration avec M. le docteur Schwartz (1).

Dans ce mémoire, nous nous sommes attachés à étudier le manuel opératoire et les indications de l'arthrodèse tibio-tarsienne, appliquée à la cure du pied bot paralytique.

1. — Au point de vue du manuel opératoire, nous croyons avoir

(1) *Revue d'orthopédie*, 1893, n[os] 1 et 2.

montré que la voie antérieure doit être rejetée, et que la voie interne doit céder le pas à la voie externe. Voici la technique que nous proposons : après section du tendon d'Achille, on mène le long du bord postérieur du péroné une incision de 7 à 8 centimètres qui, sous la pointe de la malléole externe, se recourbe obliquement en avant et en dedans, pour s'arrêter à la partie moyenne de l'interligne médio-tarsien. Les tendons péroniers étant réclinés, on détache à la rugine le périoste de la malléole externe et les ligaments qui s'y insèrent. Avec un peu de force, on réussit alors aisément à luxer le pied. Ce procédé nous semble avoir les avantages suivants :

1° Il met le plus complètement à nu la mortaise tibio-péronière et la poulie astragalienne, qui doivent être dépouillées de leurs cartilages sur la totalité de leurs surfaces, pour que l'intervention soit efficace ;

2° Il a sur la voie interne la supériorité de dispenser de l'ostéotomie du péroné ;

3° Enfin, si, au cours de l'opération, on découvre des lésions osseuses et des déformations du squelette, tellement prononcées qu'il faille renoncer à l'arthrodèse et pratiquer une tarsotomie ou l'extirpation de l'astragale, etc., la voie externe est le chemin tout tracé de ces interventions.

Par nos observations personnelles, nous montrons que la suture osseuse et l'enchevillement sont des complications opératoires inutiles, indiquées seulement dans les cas où il existe des troubles trophiques, une transformation graisseuse des os, susceptibles de compromettre la consolidation.

II. — Les INDICATIONS de l'arthrodèse ont été mal comprises par quelques auteurs, qui ont voulu l'opposer aux aponévrotomies, aux ténotomies, aux tarsectomies. Elle n'est nullement comparable à ces différentes interventions et ne doit être mise en parallèle qu'avec les moyens orthopédiques. Dans quels cas le malade doit-il porter un appareil ? Dans quels cas est-il préférable de remplacer celui-ci

par l'ankylose opératoire de l'articulation tibio-tarsienne? Telle est la question clinique qui se pose. Nous montrons que les éléments qui doivent servir à la solution de ce problème sont tirés de l'âge des sujets, des conditions sociales, de l'ancienneté des lésions, enfin de l'état des autres articulations et du système musculaire du membre inférieur. L'arthrodèse constitue le traitement de choix chez les individus atteints de pied ballant, soumis à des travaux pénibles, et chez lesquels le port des appareils est impossible pour une raison quelconque. Elle est encore indiquée dans les pieds bots paralytiques irréductibles, lorsqu'ils ont résisté à l'emploi des ténotomies multiples et des appareils prothétiques.

Les exostoses ostéogéniques de la voûte crânienne (1).

Ce travail constitue le premier essai de monographie des tumeurs de croissance de la voûte crânienne. Leur histoire, presque inconnue, doit être séparée complètement de celle des exostoses épiphysaires des membres. Il y a même une certaine opposition entre les premières et les secondes. Ce qui les caractérise, c'est leur extrême rareté, leur existence solitaire, l'absence d'hérédité, leur plus grande fréquence dans le sexe féminin, leur siège d'élection sur la moitié antérieure de l'ovoïde crânien et spécialement sur l'os frontal. Elles occupent soit le milieu, soit les bords mêmes de l'os : d'où leur division en exostoses non suturales et exostoses suturales ou juxta-suturales.

La pathogénie de ces productions est aussi inconnue que l'est le mécanisme de croissance de la voûte crânienne. On ne peut à leur sujet émettre que des hypothèses. La membrane suturale ne saurait, en effet, être assimilée au cartilage de conjugaison, dont elle ne partage aucune des propriétés physiologiques. Sont-elles d'origines périostique ou diploïque? Doit-on les rapporter à une aberra-

(1) *Gazette des hôpitaux*, avril 1895.

tion de l'accroissement du crâne en épaisseur ou en surface? Telles sont les questions qui se posent à propos des exostoses ostéogéniques de la voûte crânienne, dont l'existence même ne me semble pas, à l'heure actuelle, établie sur des bases incontestables.

Étude sur le cubitus varus et le cubitus valgus (1).

Les déviations latérales de l'avant-bras sont à peine connues et n'ont fait, jusqu'à présent, l'objet d'aucun travail d'ensemble.

Elles n'ont d'ailleurs pas grand intérêt clinique et tout l'attrait de leur étude se concentre sur leurs caractères anatomo-pathologiques et sur leur pathogénie.

Ce sont des difformités caractérisées par la projection de l'avant-bras en dehors (cubitus valgus) ou en dedans (cubitus varus), par la saillie du coude en dedans (cubitus valgus) ou en dehors (cubitus varus), avec intégrité des mouvements dans les articulations huméro-cubitale et radio-cubitale et avec conservation des rapports entre les surfaces articulaires du coude. Par cette définition, j'entends éliminer les déviations latérales symptomatiques de l'avant-bras.

En tenant compte de l'angle normal huméro-cubital, qui est très obtus, ouvert en dehors, de 160 à 178°, on doit distinguer deux espèces de cubitus valgus, le physiologique et le pathologique. Le cubitus varus est, au contraire, toujours une attitude pathologique. Il est remarquable de voir que cette dernière déviation est la plus commune. C'est même la seule dont il soit actuellement possible d'esquisser l'histoire. Elle reconnaît une double origine : traumatique et rachitique.

1° Le *cubitus varus traumatique* appartient à l'enfance et à l'adolescence. Il succède aux fractures des condyles de l'humérus.

(1) In *Revue d'orthopédie*, 1897, n° 4, p. 243 à 255, n° 5, p. 327 à 351, et n° 6, p. 406 à 422, 20 figures.

a) Tantôt il est précoce, apparaît dès que la fracture est guérie et est imputable au traitement, à l'immobilisation en flexion;

b) Tantôt il est tardif et ne se développe qu'à une date plus ou moins éloignée de celle de l'accident. C'est la variété la plus inté-



Fig. 12. — Cubitus varus traumatique. (Obs. de Rieffel et Mouchet.)

ressante. Elle s'explique par un trouble dans l'accroissement de l'extrémité inférieure de l'humérus.

Le traumatisme a comme conséquence un inégal accroissement des deux moitiés de cette épiphyse; il en résulte que le condyle

s'abaisse de plus en plus au-dessous du niveau de la trochlée ; la ligne de rotation du coude, passant par ces deux éminences articulaires, devient de plus en plus oblique en bas et en dehors ; toute l'épiphyse humérale subit une incurvation à convexité externe.

2° Le *cubitus valgus traumatique* est rarement pur ; il ne constitue, en général, que l'un des symptômes d'une consolidation vicieuse, avec entrave au libre jeu du coude. Les troubles dans



Fig. 13. — Pièce de cubitus varus traumatique.

l accroissement de l'épiphyse humérale ne paraissent jouer aucun rôle dans sa production.

3° Le *cubitus valgus rachitique* s'observe dans la première enfance. Il est presque toujours bilatéral, et la part essentielle, sinon exclusive dans sa pathogénie, revient aux actions mécaniques. Il est diaphysaire ou épiphysaire ; autrement dit, l'incurvation pathologique se fait tantôt aux dépens de la diaphyse, tantôt aux dépens de l'épiphyse. Elle s'accompagne parfois d'une courbure secondaire du cubitus et de modifications intéressantes dans la disposition hélicoïdale de la trochlée humérale.

4° Les observations de *cubitus valgus rachitique* ne sont pas encore assez nombreuses pour qu'il soit possible d'esquisser l'histoire de cette difformité.

Malgré les analogies apparentes, le cubitus varus et le cubitus

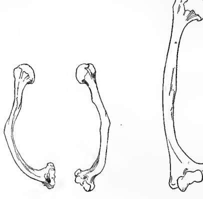


Fig. 14. — Cubitus varus rachitique. Variété diaphysaire.

Fig. 15. — Cubitus varus rachitique. Variété épiphysaire.

valgus diffèrent très notablement des déviations similaires du genou.

Pathogénie des kystes hydatiques du cul-de-sac de Douglas chez la femme (1).

La thèse du docteur Dermigny a été inspirée par M. Schwartz. Mon maître m'a prié, à cette occasion, de faire quelques recherches sur la pathogénie des kystes du cul-de-sac de Douglas.

(1) In Dermigny, Thèse de Paris, 1894.

J'ai montré que ces kystes sont de deux espèces :

1° Tantôt ils sont secondaires, coexistant avec des tumeurs analogues du foie, de l'épiploon, etc. Dans ce cas, leur présence dans le Douglas s'explique de trois façons différentes :

a) Ils peuvent y parvenir par la voie circulatoire ou en traversant la paroi du rectum ;

b) Ils peuvent résulter de la chute d'une vésicule dans le cul-de-sac ;

c) Ils peuvent ne constituer qu'un diverticule d'une tumeur abdomino-pelvienne.

2° Tantôt ils sont primitifs et isolés, susceptibles d'atteindre le Douglas par la voie vaginale, par la voie circulatoire ou par la voie rectale.

Tandis que les kystes secondaires occupent le plus souvent la cavité même du diverticule séreux, les kystes primitifs siègent toujours au-dessous de lui, dans l'épaisseur de l'atmosphère celluleuse qui entoure le cul-de-sac de Douglas. En augmentant de volume, les kystes de la deuxième variété décollent le péritoine et s'en coiffent, particularité importante à connaître dans l'ablation de la tumeur par la laparotomie.

Luxation totale ou énucléation du premier cunéiforme (1).

Cette luxation très rare, dont j'ai pu observer un cas dans le service de mon maître, le professeur Tillaux, n'avait pu être reproduite par les auteurs qui se sont occupés de cette question. J'ai réussi à démontrer expérimentalement que l'énucléation du premier cunéiforme nécessite, pour se produire, trois temps : 1° torsion du pied en dedans avec abduction et extension forcées au niveau du premier cunéiforme (rupture des ligaments scapho-cunéens) ; 2° même torsion (par glissement du pied) au niveau du premier

(1) In Devez, Thèse de Paris, 1899.

métatarsien (rupture des ligaments cunéo-métatarsiens) ; 3° contraction du jambier antérieur.

Les résultats de mes recherches sur le mécanisme de ces déplacements du grand cunéiforme sont consignés dans la thèse inaugurale de mon élève, le docteur Devez (de Cayenne).

C. — Publications diverses

La topographie crânio-encéphalique et les nouvelles opérations en chirurgie crânio-cérébrale (1).

Exposé complet des rapports réciproques du crâne et des organes qu'il renferme, d'après les recherches de Dana, Horsley, Anderson, Makins, Debierre, Poirier, R. Le Fort.

Dans la partie pathologique de cette Revue, nous montrons d'abord les conditions qui ont rendu possible l'extension de la chirurgie crânio-cérébrale. Nous insistons sur ce point que la connaissance plus parfaite des localisations cérébrales ne peut pas toujours guider le chirurgien. A l'appui de cette assertion, nous rappelons une observation que nous avons recueillie dans le service de M. le professeur Tillaux (traumatisme crânien ; aphasie motrice et monoplégie brachiale droite. Autopsie : circonvolution de Broca et région rolandique saines ; contusion des lobes occipitaux du cerveau). Nous exposons le manuel opératoire des résections larges du crâne avec ou sans ostéoplastie, la crâniectomie, le drainage des ventricules latéraux.

(1) « Revue générale », in *Gazette des hôpitaux*, mars 1891.

Lss prolapsue du rectum et leur traitement (1).

Dans cet article, je décris la plupart des méthodes thérapeutiques, mises en œuvre contre les chutes du rectum Je discute principalement la valeur de la résection, qui a été érigée par quelques chirurgiens en méthode générale de traitement de cette affection. J'estime qu'elle est formellement contre-indiquée dans les procidences réductibles et non compliquées d'adhérences, d'irréductibilité, d'étranglement.

Comment faut-il faire l'antiespsie (2) ?

Exposé rapide des méthodes actuelles de l'asepsie et de l'antisepsie. Ces articles, destinés surtout aux praticiens, concernent principalement des points de détail, négligés dans les ouvrages didactiques.

Pied bot congénital à manifestations tardives (3).

J'ai observé, dans le service de M. le professeur Tillaux, et communiqué à M. Bouron, pour sa dissertation inaugurale, un cas fort intéressant de pied bot congénital dans lequel les accidents cliniques ne firent leur apparition que vers l'âge de 12 ans. Ce fait constitue un document important, dont s'est servi notre maître, pour établir la réalité de l'existence du pied bot congénital à manifestations tardives. Cette forme n'est actuellement connue qu'à l'état de pied équin pur ou compliqué d'un faible degré de varus. Elle est impu-

(1) *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 1890, p. 747.
(2) *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 1900, p. 108, 205, 219 et 320.
(3) In thèse Bouron, 1891, p. 18.

table à un raccourcissement congénital du tendon d'Achille, qui passe inaperçu pendant un temps variable, jusqu'au jour où les muscles antérieurs de la jambe, en suractivité incessante, sont devenus insuffisants. Cette forme de pied bot guérit toujours par la ténotomie et mérite, à tous les points de vue, d'être distinguée du pied équin paralytique.

Associations microbiennes (1).

Relation (ob. V de la thèse de Martial) d'un cas, observé sur un homme de 28 ans, qui subit d'urgence l'amputation du bras pour une gangrène gazeuse, consécutive à une fracture compliquée de l'avant-bras. Guérison de la plaie opératoire. Mort de tétanos, apparu 5 jours après l'intervention. Ce fait démontre que le vibrion septique de Pasteur et le bacille de Nicolaïer évoluent sur le même terrain sans s'influencer ; il vient à l'appui de la théorie, soutenue par Courmont et Doyon, sur le mode d'action du virus tétanique.

De la cure radicale après la kélotomie (2).

Les meilleurs ouvrages sur la cure radicale des hernies ne renferment que des indications insuffisantes sur cette intervention après la hernie étranglée. J'ai essayé, dans un court mémoire, de combler cette lacune et de préciser, au point de vue local et au point de vue de l'état général, les circonstances qui permettent et celles qui interdisent de pratiquer la cure opératoire des hernies kélotomisées.

(1) In thèse Martial, 1893, *Pathogénie et traitement du tétanos.*
(2) *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 19 décembre 1896.

Cure radicale des herniee inguinalee par le procédé de l'abaissement (1).

Quinze observations communiquées au docteur Reille et consignées dans sa thèse inaugurale.

Injection intra-veineuse de eérum phyeiologique (2).

Il s'agit d'une hématocèle rétro-utérine avec suppuration, traitée par l'hystérectomie vaginale. L'opérée eut des accidents de collapsus, combattus avec succès par les injections intra-veineuses de sérum physiologique.

Ostéo-arthrite tuberculeuse de l'épaule, à forme séohe (3).

J'ai fait publier par le doctcur Schlépianoff (th. Paris, 1896, obs. II, p. 37) un cas intéressant de carie sèche de l'épaule, si bien étudiée par Kœnig et mon ami Demoulin.

Épithéliome branchial du cou (4).

Il s'agit de deux faits de branchiome malin que j'ai communiqués au docteur Veau, prosecteur à la Faculté, pour son intéressant travail sur cette question. L'un d'entre eux, particulièrement important, a été le point de départ de la thèse de M. Veau.

(1) In Reille, thèse inaugurale, Paris, 1898.
(2) In Vigour, thèse de Paris, 1897, p. 55.
(3) In Schlépianoff, thèse de Paris, 1896.
(4) In Veau, thèse de Paris, 1900; et Leven, *Bull. Soc. anat.*, mars 1900.

Sur les productions dermoïdes du voile du palais (1).

Peut-être existe-il au niveau du palais des kystes dermoïdes par enclavement. Un fait que j'ai observé semble corroborer cette hypothèse. Je l'ai communiqué au docteur Dubosc, en le priant d'étudiei la question.

Observation de kyste hydatique suppuré du foie (2).

J'ai opéré un enfant de 11 ans, dont la poche hydatique renfermait un pus horriblement fétide ; or, ce pus, d'après les intéressantes recherches de Hallé et Bacaloglu, contenait, en dehors d'organismes aérobies, des microbes strictement anaérobies, le *Staphylococcus parvulus* et le *Bacillus fragilis*.

(1) In DUBOSC, thèse de Paris, 1898.
(2) In HALLÉ et BACALOGLU, *Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, sept. 1900, n° 5.

TABLE DES MATIÈRES

II. — Chirurgie.

27-9-02. — Tours, imp. E. Arrault et Cie.